

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THESE

912

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Charles GOUAULT

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né le 23 Octobre 1915, à Paris

De l'action réflexogène de la ponction
dans les tentatives infructueuses
de Pneumothorax thérapeutiques

Président : M. LE PROFESSEUR LÉON BINET

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles GOUAULT

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né le 23 Octobre 1915, à Paris

**De l'action réflexogène de la ponction
dans les tentatives infructueuses
de Pneumothorax thérapeutiques**

Président : M. LE PROFESSEUR LÉON BINET

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	OLONOVSKI.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GULLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
Clinique d'accouchements	CHEVASSU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	Maurice VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIEM
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	Clovis VINCENT.
Professeurs sans chaire	N...
»	HAZARD
»	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIB
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) . . .	Pathologie médicale.
Justin BESANÇON	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
GAYET	Physiologie
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie Médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM

LACOMME	Parasitologie.
LANTUEJOL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Obstétrique.
LAVIER	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
MH J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Anat. pathologique.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHARLEY-BERT	Physiologie.
GUENOT	Obstétrique.
HEITZ-BUTER	Pathologie chirurgic.

MM

LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Patholog. chirurgicale
NEVEU-LEMAIRE	Obstétrique.
VAUDESCAL	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM

ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY-	
RADOT	
SEZARY	

MM

BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	} Clinique obstétricale.
ECALLE	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de filiale affection.

A MES SOEURS

A TOUS LES MIENS

A M. LE PROFESSEUR LÉON BINET

Officier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Necker

*En reconnaissance d'avoir bien voulu
nous faire l'honneur d'accepter la pré-
sidence de notre thèse.*

A NOTRE JURY DE THESE

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX :

STAGE

M. LE PROFESSEUR CARNOT
M. LE PROFESSEUR GOSSET
M. LE PROFESSEUR HARVIER
M. LE DOCTEUR BAUMGARTNER
M. LE DOCTEUR GRENET
M. LE DOCTEUR HALBRON

EXTERNAT

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVEUF
M. LE DOCTEUR RAYMOND BERNARD
M. LE DOCTEUR PRUVOST
M. LE DOCTEUR RIVET

A MES CONFÉRENCIERS D'EXTERNAT
ET D'INTERNAT

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

Les constatations de la clinique ont apporté dans la pratique des pneumothorax thérapeutiques certains éléments qui semblent paradoxalement en contradiction avec les données théoriques. La théorie même de l'immobilisation avec compression du poumon et repos sévèrement maintenu de l'organe est combattue actuellement par certains auteurs.

Théoriquement encore, on a affirmé qu'il fallait arrêter les pneumothorax inefficaces. Or, il semble que la définition même de l'inefficacité d'un pneumothorax ne soit pas basée sur des éléments absolument précis. En outre, la cessation d'un pneumothorax met en jeu un élément psychique sur lequel le thérapeute doit compter.

Cependant, il existe dans l'établissement d'un pneumothorax un facteur neurologique avec lequel nous devons envisager la possibilité d'efficacité d'un pneumothorax inefficace.

Des constatations cliniques sont venues étayer la théorie du facteur neuro-sympathique dont le Professeur Laignel-Lavastine fut l'instigateur.

Il semble que dans ces cas, curieux et rares,

tout se soit passé comme si l'insufflation inefficace avait joué le rôle d'une acupuncture pulmonaire et qu'une sclérose diffuse ainsi provoquée ait permis l'évolution vers la guérison.

C'est à l'étude de ces faits illogiques, mais cependant réels, que nous consacrons ce modeste travail.

HISTORIQUE

Nous nous bornerons à dire que c'est Forlanini qui, en 1896, imagina et réalisa la technique du pneumothorax artificiel thérapeutique.

Depuis, celle-ci a été modifiée, qualitativement et surtout quantitativement, par de nombreux auteurs, la radioscopie et la radiographie permettant de mieux analyser les phénomènes dus à l'introduction de gaz dans la cavité pleurale. Les appareils à insufflation se sont modernisés, mais au fond le principe et la technique restent les mêmes ; le but est toujours identique quoique mieux défini : collapsus et mise au repos de la partie malade du poumon, conservation de la respiration de la partie saine.

CHAPITRE PREMIER

INDICATIONS DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Le problème repose sur le caractère évolutif du foyer, sur l'âge de la lésion, sur l'âge du malade. Chez l'enfant, on rencontre bon nombre de spléno-pneumonies qui tournent court assez rapidement sans intervention ; chez le vieillard, on jugera de sa résistance avant d'instituer tout traitement focal.

Il faut savoir, qu'avant toute décision agressive, il est nécessaire dans certains cas de mettre le malade en observation, on traitera son état général. Mais la temporisation ne peut durer longtemps : le pneumothorax devient plus difficile partant moins efficace, s'il est pratiqué trop tard.

En principe, on ne dépasse pas trois mois. Si une amélioration nette et continue se produit, on persévère dans cette ligne de conduite en recommandant au malade la patience et un traitement toujours aussi rigoureux. La guérison spontanée de certaines lésions tuberculeuses évolutives évitera parfois un pneumothorax. Le perfectionnement des méthodes radiologiques permet de se rendre compte de la rapidité avec laquelle certaines lésions cavitaires apparaissent parfois ; mais en sens inverse, on

peut noter la disparition spontanée et complète de l'image dans un temps relativement réduit, en sachant bien que la disparition radiologique de la lésion n'est pas synonyme de disparition anatomique ; on devra se baser, pour l'affirmer, sur l'absence de bacilles dans les crachats, sur l'amélioration des signes locaux, et sur l'état général du malade. Par des examens réguliers et rapprochés, on vérifiera la continuité de cette amélioration, sans laquelle on ne devrait pas prendre le droit d'attendre pour créer un pneumothorax. Il convient de « se garder de tout esprit de systématisation, aussi bien dans le sens de l'abstention que dans celui de l'intervention.

Ne pas se presser, essayer de préciser le type anatomo-radiologique, le mode évolutif, se rappeler qu'il existe des formes régressives, même parmi les tuberculoses cavitaires bien qu'elles ne soient pas fréquentes, soumettre le malade à un traitement rigoureux d'épreuve, si les conditions sociales et matérielles le permettent, mais ne pas prolonger celui-ci trop longtemps si le moindre doute subsiste ». Ces conseils nous ont été donnés par notre Maître, le Docteur Pruvost.

Contre-indications. — Les formes graves par leur évolution rapide, granulées, broncho-pneumonies à foyers multiples ne sont évidemment pas justiciables du pneumothorax qui ne ferait qu'augmenter la dyspnée et la cyanose.

Les formes graves par leur étendue, formes ai-

guës, d'emblée bilatérales, avec atteinte grave de l'état général et manifestations tuberculeuses diverses, ne relèvent pas non plus de cette thérapeutique. On s'abstiendra également dans les formes graves du fait de leur ancienneté, dans les formes bilatérales avec lésions diffuses dans les formes bilatérales avec lésions enkystées, dans les formes fibreuses qui sont le plus souvent diffuses et bilatérales. Enfin les formes légères sont plus que toutes autres justiciables de la mise en observation dont nous avons parlé plus haut.

CHAPITRE II

RAISONS DE L'INEFFICACITÉ DE CERTAINS PNEUMOTHORAX

Telle est la conduite à tenir pour décider de l'utilité du pneumothorax. Dans ces conditions, il semblerait toujours avoir de la valeur. Mais un pneumothorax n'a de valeur que s'il est efficace.

La première des causes d'inefficacité est la présence d'adhérences pleurales, soit voiles, soit brides qui s'opposent au collapsus pulmonaire ou laissent béantes certaines spélonques. Ces brides sont réparables et parfois sectionnables grâce à la pleuroscopie.

Cependant, même après libération du poumon, celui-ci peut rester fixé dans sa forme au niveau des parties malades alors que seules les parties saines s'affaissent. C'est le cas des lésions excavées à coque fibreuse épaisse. C'est là l'inertie pulmonaire rendant inefficace un tel pneumothorax.

Dans ce moignon non collabé, les lésions continuent d'évoluer, de sécréter et la perforation et la bilatéralisation sont très fréquentes.

D'autre part, l'inertie pulmonaire s'accompagne souvent d'une souplesse telle du médiastin que

l'entretien du pneumothorax devient impossible tel qu'on l'avait tout d'abord conçu.

Il faut arrêter le pneumothorax inefficace, mais on connaît les cas où le malade considère l'insufflation comme son unique possibilité de guérison. En présence d'une symphyse, le devoir du médecin n'est sûrement pas l'arrêt brusque d'une telle thérapeutique, car alors le malade sera plongé dans un désespoir qui, bien souvent, rendra inopérant le traitement entrepris.

Mais il faut se défier des poumons plaqués par des adhérences contre la paroi postérieure du thorax. Une radiographie antéro postérieure a fait parfois conclure qu'il n'y avait pas d'air dans le thorax, alors que la seule défaillance était celle du technicien. Une simple poche d'air, même très limitée, peut être profitable au tuberculeux.

Mais toute insufflation inefficace ou inutile en aucune façon, peut être supprimée.

CHAPITRE III

Or, on a obtenu dans quelques cas des améliorations sans insufflation.

Il a été, en effet, constaté des améliorations chez des bacillaires ayant subi des tentatives infructueuses de pneumothorax. La pratique apprend qu'il ne faut pas renoncer à la création d'un pneumothorax avant d'avoir fait quatre ou cinq tentatives. Déclarer au patient, dès la première, que l'insufflation ne se réalise pas, c'est se barrer la route, ce qui serait préjudiciable au malade. C'est après de telles tentatives qu'on a pu observer les faits suivants :

Deux ordres d'amélioration peuvent être constatées, la première étant indiscutable : soit amendement quasi-immédiat mais passager des signes fonctionnels : toux, expectoration et des signes généraux : asthénie, température ; soit guérison clinique et radiologique, durable qui pour être exceptionnelle et difficilement compréhensible n'en a pas été moins signalée et dont nous dirons plus loin un mécanisme possible.

CHAPITRE IV

MÉCANISME

Quel est le mécanisme de l'amélioration par les insufflations ineffectuées ? Serait-il à rapprocher de l'acupuncture chinoise et ne pourrait-on pas envisager une raisonnance nerveuse. D'autre part,

D'après Rosenthal, les « améliorations doivent se comprendre comme dues à la détermination d'un processus diffus de sclérose pulmonaire évoluant sur un organisme que la pleurite adhésive a déjà montré, orienté biologiquement dans un sens analogue ».

Nous pourrions parler dans ces tentatives de pneumothorax sans insufflation d'air, de l'observation du Professeur Courmont de Lyon que nous verrons en détail plus loin et qui, rapportant l'existence après l'essai, d'emphysème sous-cutané, explique la guérison par des phénomènes vaso-moteurs au niveau des vaisseaux du poumon.

Nous exposerons donc brièvement ce qu'est l'acupuncture chinoise et en parallèle et par analogie avec elle, nous dirons quelques mots du lar-

dage du poumon dont on a écrit « médication puissante, inoffensive si elle est maniée d'après les techniques récentes ».

Nous parlerons ensuite des hypothèses faites au sujet de la participation nerveuse dans les phénomènes que nous étudions.

A) L'acupuncture chinoise est une méthode thérapeutique souvent efficace et susceptible de rendre des services autres que les méthodes auxquelles nous sommes accoutumés. Il est du reste impossible d'énumérer toutes les variétés innombrables de troubles fonctionnels qui ont été soulagées en France par cette méthode, qui mériterait d'être peut-être étudiée sérieusement.

L'idée directrice de la médecine chinoise paraît être que la maladie résulte de la rupture de l'équilibre normal de l'organisme ; tout le système philosophique chinois repose d'ailleurs sur cette idée d'équilibre entre des forces contraires. Ce n'est pas la maladie que l'on combat, c'est le malade que l'on tonifie.

En piquant plus ou moins longtemps, plus ou moins profondément les points convenables sur « les méridiens », on disperse ou on tonifie et on « ferait disparaître le symptôme morbide ».

L'outillage chinois comprend des aiguilles de dimensions et de formes variées, faites d'alliages spéciaux où entrent l'or, l'argent, le bronze. L'hypothèse que ces aiguilles, au contact de tissus d'un PH

variable presque toujours acide, détermineraient des réactions électriques, est séduisante ; mais on obtient les mêmes résultats avec des aiguilles hypodermiques ordinaires. La nature de l'aiguille est indifférente, au contraire du lieu de la piqure qui importe surtout.

Il existe également, disons-le en passant, les « moxas » ou cautérisation punctiforme que les Chinois réalisent avec un fragment d'arboise incandescent et que l'on pourrait appliquer simplement avec le thermocautère.

Mais d'autre part, l'acupuncture n'est pas seulement capable de guérir, mais d'immuniser. Les Extrêmes-orientaux, observateurs minutieux, estiment qu'il n'est pas de maladie lésionnelle, autre bien entendu que le traumatisme, qui ne soit précédée par des altérations morales ou mentales ; si bien que ces premiers changements de la personnalité constituent en réalité le début de la maladie.

L'acupuncture est souveraine à ce stade, c'est dans ce sens qu'elle est dite, capable de tout guérir. Il y a donc un facteur psychique important et indéniable, mais non pas unique, puisque « toutes » les maladies lésionnelles, voire infectieuses sont influencées.

Mais, d'après les théories chinoises sur cette thérapeutique, à mesure que la maladie s'avance vers son aboutissement qu'est la lésion, il faut songer à des médicaments énergiques, enfin à la chirurgie ; c'est ce qu'expriment les Chinois en disant :

d'abord les piqûres, ensuite les moxas, en troisième lieu seulement les médicaments.

L'injection intrapulmonaire transthoracique ou lardage du poumon est une méthode simple, facile à utiliser, absolument inoffensive, dont la base est l'introduction en plein parenchyme pulmonaire d'une aiguille.

L'appréhension de nombre de médecins contre cette méthode s'explique d'autant moins, que tous ont pratiqué sans s'en douter les premiers temps de l'injection intrapulmonaire transthoracique.

Introduisent une aiguille dans le poumon sans se douter qu'ils exécutent le premier temps du lardage :

— ceux qui font une ponction exploratrice de la plèvre et n'y rencontrent pas d'épanchement ;

— les cardiologues qui redoutent un épanchement de la base droite, dans la zone dangereuse que la présence du foie empêche d'explorer. Une ponction blanche a pénétré dans le poumon ;

— les médecins d'enfants qui redoutent et recherchent une pleurésie purulente après broncho-pneumonie ;

— les médecins qui pratiquent un pneumothorax et qui, après introduction non efficace en un temps, retirent l'aiguille de Kuss qui fut intrapulmonaire pour tenter de pénétrer en deux temps selon la technique de première insufflation.

L'injection intrapulmonaire transthoracique est inoffensive sous les réserves suivantes :

— elle n'injecte aucun liquide emboligène ;

— si on injecte une petite quantité de liquide (novocaïne) on emploie l'aiguille en forme d'arrosoir.

Il est bien évident que cette méthode ne sera employée qu'exceptionnellement. C'est à titre adjuvant chez les tuberculeux bilatéraux incapables de profiter des thérapeutiques modernes de phrénicectomie, de thoracoplastie et par conséquent, abandonnés à leur sort lamentable après l'échec du pneumothorax, qu'on pourra tenter le lardage pulmonaire. En cas d'échec, il aura tout au moins exercé, en masquant notre impuissance thérapeutique, un effet salutaire sur le psychisme du malade.

Comme nous l'expliquons plus haut, la piqûre effectuée à l'occasion de l'établissement d'un pneumothorax, n'est que le premier temps du lardage pulmonaire sans injection ; mais l'injection de liquide importerait peu puisque, comme nous allons le voir, de même que dans l'acupuncture chinoise, il ne s'agirait là que d'un phénomène nerveux.

C) Maintenant, envisageons la théorie nerveuse qui pourrait expliquer ces améliorations à la suite de tentatives infructueuses de pneumothorax.

La théorie les rapporte à une action sclérogène déterminée par l'irritation des rameaux nerveux du sympathique ; elle pose le principe d'un facteur ner-

veux dans la cure de Forlanini. Elle confirme la théorie de l'acupuncture. C'est l'acupuncture du sympathique qui explique les cas si curieux de guérison de tuberculose après essai infructueux du pneumothorax.

On a signalé des faits encore plus rares où il arrive qu'au cours d'un pneumothorax dont la marche était jusqu'alors normale, une insufflation soit négative et que le pneumothorax, pendant quelques semaines, ne réussisse pas. Puis, à une insufflation ultérieure, la pénétration d'air est possible. Un phénomène nerveux devrait-il être invoqué ?

Dans l'évolution vers la guérison, la sclérose diffuse peut être provoquée par de simples faits d'acupuncture pulmonaire. C'est le domaine du sympathique, facteur nerveux, dont le Professeur Laignel-Lavastine commença l'étude.

Il est donc logique peut-être de rapprocher ces faits des accidents constatés après piqure simple de la plèvre, au cours d'une ponction par exemple. Tous les cliniciens connaissent les crises épileptiformes, les syncopes, les paralysies et même les cas de mort subite après l'introduction de l'aiguille. Ces phénomènes ne sont sûrement pas en rapport avec la soustraction de liquide puisqu'ils se produisent avant que la moindre goutte de liquide ne se soit écoulée. On explique ces faits, sans les comprendre exactement, par l'excitation du territoire sympathique. D'ailleurs ces accidents pleuraux se produi-

sont aussi bien lors de la tentative d'un pneumothorax en plèvre libre, non malade.

A peine le trocart est-il introduit, que le malade est mort. On ne peut dans ces cas que faire intervenir un mécanisme réflexe, d'ailleurs assez obscur ; ne pourrait-on pas le rapprocher, ou plutôt l'opposer, à celui invoqué comme étant le facteur des améliorations tant passagères que durables dans les ponctions, ou plutôt dans l'acupuncture pulmonaire.

Envisageons cette autre possibilité : la tentative de pneumothorax échoue, mais la production d'emphysème, due probablement à l'établissement d'une fistule pulmonaire par piqure du poumon, est à l'origine « d'une action révulsive d'irritation pleurale avec réaction vaso-motrice efficace du tissu pulmonaire ». (A noter que la formation d'une telle fistule est une chose à redouter normalement, mais imprévisible.)

Il y aurait donc une participation des rameaux nerveux du sympathique pulmonaire.

Répetons-le, ce ne sont là qu'hypothèses.

CHAPITRE V

OBSERVATION I

Effacement de cavité pulmonaire après abandon de pneumothorax inefficace. Mlle Chemin et Mlle H. de Loeschnigg ont rapporté deux observations presque identiques où le pneumothorax, institué en présence de lésions cavitaires, est abandonné en raison de son inefficacité. Les auteurs ont constaté, lors de la résorption du pneumothorax, l'effacement radiologique de la caverne en même temps que disparaissaient brusquement l'expectoration bacillifère et les signes d'auscultation.

Elles émettent l'hypothèse que peut-être sont intervenus des phénomènes d'atelectasie pulmonaire qui auraient permis la cicatrisation si rapide des lésions.

OBSERVATION II

Mme ..., âgée de 26 ans, entre à l'hôpital avec température oscillant entre 37°7 le matin et 38°5 le soir, de l'asthénie et un amaigrissement prononcé.

Elle a présenté avant son admission (2 jours

avant) une petite hémoptysie. L'expectoration bacillifère est assez abondante. L'auscultation révèle dans les deux champs pulmonaires des râles humides, prédominant à gauche. Une radiographie montre l'existence d'une tuberculose ulcéro-casécuse bilatérale diffuse mais prédominant à gauche. On essaie, huit jours après son entrée à l'hôpital, un pneumothorax artificiel gauche, et, après administration de gardénal. Cette tentative, faite à l'aiguille, dans l'aisselle, sans novocaïnisation préalable, échoue.

La malade, qui a supporté sans malaise et sans fatigue la piqûre, présente les deux jours suivants une température moins élevée, moins oscillante, une expectoration moins abondante, une asthénie moins prononcée. Le troisième jour la température tend à remonter.

Le quatrième jour une deuxième tentative de collapsothérapie est faite, mais cette fois-ci, en avant, à l'aide du trocart, après anesthésie à la novocaïne. Deuxième échec suivi, comme à la première tentative, d'amélioration des signes fonctionnels et généraux durant 4 jours. Toutefois, au cinquième jour, les symptômes tendent à reprendre leur intensité première.

Troisième tentative, troisième échec, et troisième fois même amendement passager.

Cette amélioration semble devoir être rattachée à la piqûre, d'autant mieux qu'elle a été constatée

à trois reprises après les trois tentatives de collapsothérapie.

L'amélioration n'ayant été que passagère, une nouvelle radiographie n'a pas été pratiquée à cette époque ; elle n'aurait d'ailleurs très vraisemblablement rien montré de nouveau dans l'aspect des lésions, d'autant que les signes physiques restèrent inchangés.

OBSERVATION III

*Résumé de l'observation publiée par le Professeur
Courmont de Lyon*

Tuberculose unilatérale. Essai infructueux de pneumothorax ; emphysème aigu du thorax gauche et du cou (fistule pulmonaire provoquée). Guérison rapide.

Mlle F..., 24 ans.

Début apparent de la maladie en automne 1930.

Episode aigu au printemps 1931. Pneumothorax conseillé.

En mai 1931 : malade asthénisée, toux, expectoration, température à 38° le soir.

A l'auscultation : quelques râles fins au sommet gauche et vers la zone moyenne du poumon.

La radiographie montre :

- un poumon droit à peu près intact ;
- poumon gauche : obscurité du sommet, ombres diffuses de toute la partie moyenne du poumon sans apparences de spélonques certaines.

Le 31 mai : essai de pneumothorax gauche à l'aiguille.

Aucune oscillation. On fait 3 piqûres en des points différents en ayant la sensation de traverser des tissus pleuraux indurés et de pénétrer dans le parenchyme pulmonaire. *On n'injecte pas de gaz.*

Dans la nuit, production d'un emphysème sous-cutané, visible le lendemain matin et occupant le cou et l'hémithorax gauche avec dyspnée peu intense.

Celui-ci disparaît en quatre jours ainsi que les signes fonctionnels sauf la douleur qui persistera assez longtemps.

A l'occasion de cet incident, la température n'a pas augmenté et a même atteint la normale dès le troisième jour après la piqûre. Pendant le mois suivant, elle est un peu irrégulière mais le plus souvent normale. L'expectoration persiste. Au début de juin, bon état général, reprise de poids de 2 kgs. Le 30 juin elle a pris 3 kgs, état général excellent. Elle tousse beaucoup moins, quelques crachats muqueux. Température normale. L'auscultation ne donne presque rien au poumon gauche, parfois quelques râles secs.

Le 19 septembre la malade part pour deux mois et demi à la montagne où elle prend 7 kgs. Elle se trouve très bien, ne tousse et ne crache plus depuis le mois d'août.

Température normale. A l'auscultation : un peu de submatité et une respiration saccadée.

Depuis cette époque, jusqu'en 1936, où fut publiée cette observation, la guérison s'est maintenue sans aucun incident. Une radio, faite le 15 mars 1933, a montré un nettoyage complet du poumon gauche. Les deux sommets sont normaux.

CONCLUSION

1° La doctrine de l'immobilisation avec compression du poumon, n'est plus aujourd'hui universellement acceptée en raison de nombreuses constatations cliniques contradictoires, qui semblent avoir affaibli la thèse de la généralisation de la théorie.

2° La détente simple est pour certains auteurs le procédé de choix.

3° Les définitions des insufflations inefficaces sont elles-mêmes contradictoires. Certaines insufflations préalablement impossibles peuvent brusquement être réalisables. D'autre part, un pneumothorax préalablement réalisable, peut se refuser subitement à toute insufflation ultérieure.

4° A côté des phénomènes purement mécaniques existe, dans la réalisation et l'évolution des pneumothorax, un facteur réflexe assez analogue à celui de l'acupuncture que l'on pourrait appeler « l'acupuncture pulmonaire ».

5° Il existe des cas où, en l'absence de toute possibilité d'insufflation, l'acupuncture sympathique du poumon, provoque à elle seule une sclérose diffuse permettant l'évolution vers la guérison.

Vu : *Le Doyen,*

TIFFENEAU.

Vu : *Le Président,*

LÉON BINET.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- « La Pratique du pneumothorax », de Dumarest et P. Brette.
- « La Clinique » d'octobre 1936, de Rosenthal.
- « Les Pneumothorax inutiles » de Pruvost (Monde Médical, 1^{er} Mai 1933).
- « Les Pneumothorax dangereux » de Pruvost (Monde Médical, 1^{er} Février 1936).
- « A propos de pneumothorax inefficaces » de Roland. Revue de tuberculose, T. 4, N° 1, page 55, Janvier 1938.
- « De quelques faits curieux ou paradoxaux dans la pratique du pneumothorax » de Rosenthal, dans la Revue de Pathologie comparée, Février 1937.
- « Les crises épileptiformes au cours d'insufflations du pneumothorax », dans le Journal des Praticiens du 1^{er} Décembre 1934.
- « Epilepsie pleurale et accidents nerveux du pneumothorax artificiel ». Journal de Médecine de Bordeaux et du S.-O. du 10 Mai 1933.

- « Un cas d'épilepsie pleurale au cours d'un pneumothorax artificiel ». Ardoin, dans le *Praticien du Nord de l'Afrique* du 15 Octobre 1938.
- « Acupuncture chinoise » de Soulié de Morand.
- « Action favorable de quelques pneumothorax sans insufflation » de Rosenthal, dans *Clinique*, Octobre 36.
- « Résultats éloignés des cas de tuberculose pulmonaire traités par un pneumothorax qui ne fait pas ses preuves d'efficacité dans les six mois » de R. Jeanneret (*Helvet. Méd. Acta* 2.651.686, Fév. 1936.)
- « Variazione di origine riflessa del volume e della circolazione del polmone » de Parodi, dans *Mi-nerva Méd.* 1.648.652 du 16.6.38.
- « Tentativi di alcoolizzazione della pleura viscerale nei pneumotaraci totali a subtotali inefficienti. *Riv. pato. clin.* : tuh du 31 juillet 1937.
- « Société Médicale des Hôpitaux de Lyon » du 23 Juin 1936. Pr. P. Courmont.
- « Les Aphorismes de l'injection intrapulmonaire dite « lardage du poumon » de Rosenthal, 27 Février 1932. *Paris Médical.*

